

# Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi

Hatice BEBİŞ (\*), Dercan AKPUNAR (\*), Serpil ÖZDEMİR (\*), Selim KILIÇ (\*\*)

## ÖZET

Adölesan dönemi sağlık açısından en parlak dönem olarak nitelendirilmektedir. Bu durum, adölesanda meydana gelebilecek sağlık sorunlarının gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir. Literatürde, adölesanların davranışlarını ve Bunları etkileyen faktörlerin belirlenerek, yaş dönemlerine uygun stratejilerle sağlıklarının geliştirilebileceği bildirilmektedir. Bu araştırmanın amacı, bir ortaöğretim okulunda öğrenim gören adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesidir. Bu çalışma, Şubat-Mayıs 2013 tarihleri arasında yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma bir ticaret meslek lisesinde, 13-19 yaşları arasındaki 932 öğrenci ile yürütülmüştür. Veri toplama formu, öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular ile Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği'ni içermektedir. Bu çalışmada, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  değeri 0.90 ve toplam ölçek puanı  $132.1 \pm 24.6$  (40-196) olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerin %50.4'ünün erkek öğrencilerin %52.7'sinin yüksek ölçek toplam puan ortalamasına sahip olduğu ve aldıkları toplam ölçek puanlarına göre aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden yüksek puan ortalamasına sahip olma bakımından 9. sınıfların yüzdesinin üst sınıflara göre daha olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların anne eğitim durumu değerlendirildiklerinde; anneleri ortaöğretim ve altında olanların %13.4'ü yüksek ölçek toplam puan ortalamasına sahiptir ve anne eğitim düzeyi ile ölçek toplam puan ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Katılımcıların fast-food tüketim durumları ile sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden ve ölçek toplamından yüksek puan alma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının istenen düzeyde olmadığı değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** adölesan, sağlığı geliştirme davranışları, hemşirelik

## SUMMARY

### Assessment of health promotion behavior of adolescents in a high school

Adolescent period is the most brilliant period of health. This situation may be overlooked in adolescent health problems which may occur. In the literature, determining the factors that affect adolescent and risk behaviors, the appropriate age periods reported improved health strategies. The purpose of this research, assessment of health promotion behavior of adolescents in a high school. This study was conducted between February to May 2013 as a cross-sectional research. This research was carried out in a trade vocational school with 932 students between the ages of 13 to 19. Data collection form includes questions about the students' socio-demographic characteristics and Adolescent Health Promotion Scale. In this study, Cronbach's  $\alpha$  value of Adolescent Health Promotion Scale is found 0.90 and total scale score is  $132.1 \pm 24.6$  (40-196). The 50.4% of girl students and the 52.7% of boy students were found to have high percentage of scale mean scores and A significant difference wasn't found in groups at total scale scores ( $p > 0.05$ ). Percentage of ninth class students were found higher than high class students in nutrition and exercise ( $p < 0.05$ ). As a participants' mothers' education level; 13.4% of students, whose mother has primary education or lower than this education level, have high average of scale scores and a significant difference wasn't found between mother education level with scale sub-components and total scale scores ( $p > 0.05$ ). A significant difference was found between participants' fast-food consume status with take high scores status on health responsibilities sub-component and total scale scores ( $p < 0.05$ ). Assessed whether the desired level of health promotion behaviors of adolescents.

**Key words:** adolescent, health promotin behaviour, nursing

\*GATA Hemşirelik Yüksek Okulu.

\*\*GATA Halk Sağlığı BD

**Aynı Basım İsteği:** Serpil Özdemir  
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu  
e-mail: seozdemir@gata.edu.tr

**Makalenin Geliş Tarihi:** Aug 27, 2013 • **Kabul Tarihi:** Mar 26, 2014 • **Çevrim İçi Basım Tarihi:** 15 Şubat 2015

## Giriş

Yaklaşık otuz yıldır, dünya çapında halk sağlığı profesyonelleri sağlığı geliştirmenin önemini vurgulamaktadırlar (1). Sağlığı geliştirmenin amacı, bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolleri artırarak sağlığın daha iyiye götürülmesini sağlamak, dolayısıyla hastalıkların azaltılması, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetlerin tümünde kalitenin artırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Sağlık davranışı, sağlıklı olma ve sağlığı sürdürmeye ilişkin eylemleri artırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Olumlu sağlık davranışı, sağlığın geliştirilmesini olanaklı kılarken; bireyin davranışları olumsuz olduğunda, önemli bir hastalık etkeni olmaktadır (2). Çocukluk ve gençlik yıllarından itibaren yapılacak müdahaleler ile olumlu sağlık davranışlarının bireylere kazandırılması, onları tüm yaşamları boyunca pek çok hastalık ve sakatlık riskinden koruyarak sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10–19 yaş grubunu "adölesan dönem" olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün 2008 yılı verilerine göre; dünyada yaklaşık 1.8 milyar adölesan bulunmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre ise nüfusumuzun %29'u adölesan dönemindedir (4,5). Adölesan dönem; fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimin bir arada ve hızla yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde, yaşanan değişim süreçleri, sağlığı etkileyen davranışlar üzerinde belirleyicidir (6). Başka bir ifade ile adölesanın, gelecek yaşamındaki sağlık düzeyi, bu dönemde yaşadığı değişim süreçlerini nasıl geçirdiği ile yakından ilişkilidir. DSÖ, erken ölümlerin yaklaşık üçte ikisinin ve yetişkinlerde toplam hastalık yükünün üçte birinin; adölesan yaşlarda edinilen tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsel ilişki ve şiddet eylemleri gibi olumsuz sağlık davranışları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (7,8).

Yeni bedenine, yeni kişiliğine, sosyal değişime uyum sürecinde olan adölesan, sağlığını tehdit edebilecek pek çok risk faktörü ile karşı karşıya kalabilmektedir (4). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Center for Disease Control and Prevention, CDC) adölesan sağlığını tehdit eden riskli davranışları; sigara kullanma, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, alkol ve madde suistimalleri, cinsel davranışlar ve şiddet eylemleri olarak sıralamaktadır (9,10). Adölesan dönem; yaşam döngüsü içinde en sağlıklı zaman dilimi olarak algılanmakta, adölesanın risk alma, deneme davranışları ve çoğunlukla bu yaşlarda edinilen riskli davranışları gözden kaçırılmaktadır (4,9,11). Ünal ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada öğrencilerin %72.7'sinin sigara kullandığı belirtilmiştir (12). Literatürde adölesanlar arasında fiziksel hareketsizliğin çok yaygın olduğu ve obezitenin giderek arttığı belirtilmektedir (8).

Demirezen ve Coşansu'nun "Beslenme Alışkanlıkları İndeksi" ile yaptıkları çalışmada adölesanların %99.8'inin riskli beslenme alışkanlığına sahip olduğunu belirtmişlerdir. (13).

Literatürde adölesanların riskli davranışları incelenmiş ve bu davranışları etkileyen faktörlere uygun stratejiler geliştirilmesiyle adölesan sağlığının geliştirilebileceği bildirilmiştir (14,15). İzmir'de Askeri Lise öğrencilerine sigarayla mücadelede yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada; verilen sağlık eğitimi ve danışmanlık programının sonucunda; öğrencilerin nikotin bağımlılık puanlarında azalma, öz-etkililik puanlarında ve sigaraya karşı zarar algılarında artma olduğu belirlenmiştir (16). Walker ve ark. yaptıkları bir müdahale çalışmasında, hemşireler tarafından sağlığı geliştirme ve riskli davranışlar hakkında verilen danışmanlık sonrasında; müdahale grubundaki adölesanların, kontrol grubundaki adölesanlara göre diyet, egzersiz, sigara ve alkol kullanımı konusunda daha fazla olumlu sağlık davranışı Literatürde belirtmiştir (17).

Adölesan sağlığını geliştirmek için, fiziki çevre faktörlerinin düzeltilmesi, iyi bir beslenme eğitimi ve olanağı ile yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması, bulaşıcı hastalıklardan koruma, psikolojik ve sosyal açıdan gereksinimlerinin karşılanması ve tüm bunların yanı sıra, adölesana bir birey olarak değer veren disiplinler arası bir sağlık yaklaşımı gerekmektedir (18). Okula devam eden adölesanların toplu halde bulunmaları fırsata dönüştürülerek, etkili bir okul sağlığı programı ile riskli sağlık davranışlarından uzaklaşmaları, sağlıkla ilgili bir bilgi, olumlu tutum ve davranış kazanmaları sağlanabilmektedir (19). Adölesanda davranış değişikliği yaratmak için okul sağlığı ekibi çaba sarf etmeli ve sağlıklı yaşamı destekleyen bir çevre oluşturmalıdır. Böylece, adölesanın yaşam biçiminde değişim kolaylaştırılabilir (18). Okul sağlığı ekibi (hemşire, hekim vb.), okul yönetimi, aileler, öğretmenler ve ilişkili diğer kurumlar arasındaki işbirliğinin sağlanması yürütülen sağlığı geliştirme programının başarıya ulaşması açısından büyük önem taşımaktadır. Okula devam etmeyen ve yüksek risk altında olan adölesanlara ise, birinci basamak sağlık merkezi aracılığıyla sağlık hizmeti sunulmalı, düzenli aralıklarla izlem çalışmaları yürütülmelidir (1,13).

Literatürde, adölesan sağlığını tehdit eden riskli davranışların tespit edilmesi, sağlık durumunun belirlenmesi ve sağlığı geliştirme uygulamalarının değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir (1,9,13). Özellikle, farklı sosyoekonomik koşul, yer ve zamanda, farklı etkenler söz konusu olabildiğinden, riskli davranışların okullarda rutin taramalarla değerlendirilmesinin yararlı olacağı önerilmektedir (9). Bu çalışmada, bir ortaöğretim okulunda öğrenim gören adölesanların sağlığı geliştirme davranışları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırma olarak yürütülmüştür. Araştırma için GATA Etik Kurulundan etik onay ve uygulamanın yapıldığı okuldan kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaşından küçük adölesanların velilerinin imzalı onamları alınmıştır. Veriler, Şubat - Mayıs 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü okul; muhasebe, büro yönetimi, pazarlama, bilişim teknolojileri gibi bölümleri olan Ankara'da eğitim öğretim veren bir ticaret meslek lisesidir. Bu çalışmanın evrenini, belirtilen okulda 2012-2013 eğitim öğretim yılında öğrenime devam eden, 13-19 yaşları arasındaki 1500 öğrenci

oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, 568 öğrenci, saha stajı, istirahat durumu ve diğer bazı nedenlerle okulda bulunmaması nedeniyle araştırmanın dışında tutulmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ayrıca bir örneklem büyüklüğü seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın örneklemini, 932 (evre büyüklüğünün %62'si) öğrenci temsil etmektedir.

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, literatür esas alınarak hazırlanmıştır ve iki bölümden oluşmaktadır (6,18,20). İlk bölümde adölesanların sosyodemografik özellikleri ile bazı riskli davranışlarına yer verilmiştir (16 soru). İkinci bölümde ise, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği (ASGÖ) yer almaktadır. Araştırmanın yapıldığı ortaöğretim kurumunda, okul yönetimi tarafından izin verilmemesi nedeniyle cinsel davranış, sigara içme, alkol ve madde kullanma durumlarına yönelik tanıtıcı bilgi soruları, veri toplama formunun dışında tutulmuştur. Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği; Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir ve adölesanların sağlığı geliştirme davranış düzeyini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu ölçek, 40 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; beslenme (6 madde), kişiler arası destek (7 madde), sağlık sorumluluğu (8 madde), kendini gerçekleştirme (8 madde), egzersiz (4 madde), stres yönetimi (6 madde) olarak sıralanmaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=genellikle, 4=sık sık, 5=her zaman" şeklinde değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerdeki maddelerin puanlarının toplanması ile o alana ait ölçek puanı, bütün alt ölçek puanlarını toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 40 ile 200 arasında değişmektedir. Öğrencilerin aldığı puanlar hesaplanırken; ölçek toplam ve alt ölçeklerde her alanda elde edilen puan ortalamalarının altındaki değerler düşük puan, üstündeki değerler yüksek puan olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması sağlığı geliştirme davranışlarının olumlu olduğunu göstermektedir (1). Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları Ortabağ ve ark. (2011) ile Bayık Temel ve ark. (2011) tarafından yapılmış olup her iki çalışmada da ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabilirliği belirtilmiştir. Ortabağ ve ark. (2011) yaptıkları geçerlik ve güvenirlik çalışmasında; ASGÖ'nün temel bileşenler faktör analizi sonucuna göre Türk adölesanlarda beslenme ve egzersiz alt ölçeklerinin tek faktörde birleştiğini ve ASGÖ'yü açıklayan toplam 5 alt faktör saptadıklarını bildirmektedirler. Bununla birlikte Ortabağ ve ark. (2011) çalışmalarında her bir ölçek için elde ettikleri puan ortalamasının o alt ölçek için kesim noktası olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmanın uygulama sürecinde, öğrencilerin rahatlıkla cevap vermelerini sağlamak için uygun ortam hazırlanmıştır. Uygulama öncesinde, katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak soru formunun nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılar, 40 kişilik sınıflarda birbirlerinin soru formlarını görmeyecek şekilde oturtulmuştur. Veri toplama formu, araştırmacının gözlemleri altında uygulanmıştır. Öğrencilere, veri toplama formlarına isim yazma zorunlulukları olmadığı bildirilmiştir. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilmiştir. Soru formunun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Öğrencilerin doldurdıkları soru formları kapalı ve karışık olarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma ve minimum-maksimum değerleri

şeklinde gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları, Tek örneklem Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında Pearson Chi Square testi uygulanmıştır. Ölçeğin iç güvenilirliğini belirlemek için, Cronbach  $\alpha$  değeri hesaplanmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit "p" değerleri için istatistiksel olarak anlamlı; büyük değerleri için istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır.

## Bulgular

Katılımcıların %69'u (n=643) 13-16 yaş grubunda yer almaktadır, çoğunluğu 9. sınıftadır (n=378; %40.6) ve %76'sı (n=712) çekirdek ailede yaşamaktadır. Bu çalışmada yer alan katılımcıların, bazı riskli davranışları incelendiğinde; %76.1'i (n=709) 2-3 ayda bir kez fast-food (abur cubur/ayaküstü beslenme) tükettiği ve %86.2'si (n=794) beden eğitimi dersi dışında düzenli olarak spor yapmadığını bildirmiştir (Tablo I). Katılımcıların diğer sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo I.'de gösterilmektedir.

Katılımcıların, ASGÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $132.05 \pm 24.60$ 'dır. Katılımcılar en yüksek puan ortalamasını kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden ( $30.45 \pm 7.14$ ), en düşük puan ortalamasını stres yönetimi alt ölçeğinden almışlardır ( $19.54 \pm 5.23$ ) (Tablo II).

Cinsiyete göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıl-

dığında, kız öğrencilerin %50.4'ünün erkeklerin %52.7'sinin yüksek ölçek toplam puan ortalamasına sahip oldukları ve aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Kişilerarası destek ( $t=7.87$ ;  $p=0.00$ ) ve sağlık sorumluluğu ( $t=2.94$ ;  $p=0.05$ ) alt ölçeklerinde, kız öğrencilerin puan ortalamasının erkelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden ise erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur ( $t=34.15$ ;  $p=0.00$ ) (Tablo III).

Katılımcıların sınıf düzeyleri ile kişilerarası destek ( $t=5.35$ ;  $p=0.14$ ), sağlık sorumluluğu ( $t=5.60$ ;  $p=0.13$ ), kendini gerçekleştirme ( $t=3.49$ ;  $p=0.32$ ), stres yönetimi ( $t=0.19$ ;  $p=0.97$ ) alt ölçekleri ve ölçek toplamından ( $t=2.56$ ;  $p=0.46$ ) yüksek puan ortalamasına sahip olma durumları ile arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sınıf düzeyi ile beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden ( $t=31.29$ ;  $p=0.00$ ) yüksek puan ortalamasına sahip olma bakımından 9. sınıfların yüzdesinin üst sınıflara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo III).

Katılımcıların aile tipi ile ölçek toplam puan ve alt ölçek gruplarında yüksek puan ortalamasına sahip olma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo III).

Katılımcıların aylık algılanan gelir durumları ile ASGÖ toplam puan ortalaması ( $t=9.38$ ;  $p=0.00$ ), beslenme ve egzersiz ( $t=23.65$ ;  $p=0.00$ ) ile stres yönetimi ( $t=9.44$ ;  $p=0.00$ ) alt ölçek puanları arasında yüksek puan ortalamasına sahip olma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo III).

Tablo I. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bazı riskli davranışlarına göre dağılımı

	Özellikler	n (932)	%
Yaş	13-16	643	69.0
	17-19	289	31.0
Cinsiyet	Kız	454	48.7
	Erkek	478	51.3
Sınıf	9	378	40.6
	10	107	11.5
	11	222	23.8
Aile tipi	Çekirdek	712	76.4
	Geniş	147	15.8
	Parçalanmış	73	7.8
Gelir değerlendirilmesi	Gelir giderden az	294	31.5
	Gelir gidere eşit	514	55.2
	Gelir giderden fazla	124	13.3
Anne eğitim	İlköğretim ve altı	803	86.2
	İlköğretim ve üstü	129	13.8
Baba eğitim	İlköğretim ve altı	655	68.4
	İlköğretim ve üstü	277	31.6
Fast-food yeme alışkanlığı	En az haftada bir kez	124	13.3
	2-3 ayda bir kez	709	76.1
	Tüketmiyor	99	10.6
Spor alışkanlığı	Var	138	14.8
	Yok	794	86.2

**Tablo II. Katılımcıların, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı**

	X±SS	Min-Mak	Kesim Noktası	Referans değer
Beslenme ve Egzersiz	32.82±7.64	11-54	36	11-55
Kişilerarası destek	24.31±5.67	7-35	25	7-35
Sağlık sorumluluğu	24.92±6.22	8-40	27	8-40
Kendini gerçekleştirme	30.45±7.14	8-40	30	8-40
Stres yönetimi	19.54±5.23	6-30	20	6-30
ASGÖ Toplam	132.05±24.60	40-196	140	40-200

Katılımcıların anne eğitim durumuna göre; anneleri ortaöğretim ve altında olanlar ile lise ve üzerinde olanlar arasında yüksek ölçek toplam puan ortalamasına sahip olma durumu açısından fark olmadığı saptanmıştır (t=0.18; p=0.36). Anne eğitim durumuna göre beslenme ve egzersiz alt ölçeğinde lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin çocuklarının daha çok yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur (t=3.30; p=0.04).

Katılımcıların ölçek toplamından yüksek puan ortalamasına sahip olma durumları ile baba eğitim düzeyi ile ölçek toplam puan ortalamaları (t=3.52; p=0.03) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo III).

Bu çalışmada yer alan katılımcıların fast-food tüketim du-

rumlarına göre; sağlık sorumluluğu (t=6.71; p=0.03) alt ölçeğinden ve ölçek toplamından (t=12.84; p=0.02) yüksek puan alma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tablo III).

Spor yapan katılımcıların % 90.3'ü beslenme ve egzersiz (t=32.65; p=0.00) alt ölçeğinden, %87.8'i ölçeğin toplamından (t=7.57; p=0.00) yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo III).

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumu ve beden kitle indeksleri ile ASGÖ alt ölçek ve ölçek toplamından aldıkları yüksek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo III. Öğrencilerin bazı özelliklerine göre ASGÖ toplam ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ile karşılaştırılması-I**

	Beslenme ve Egzersiz				Kişilerarası Destek				Sağlık Sorumluluğu				Kendini Gerçekleştirme				Stres Yönetimi				ASGÖ Toplam				
	D*	Y**	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	
Cinsiyet																									
Kız	56.0	44.0	34.15	.000	44.2	55.8	7.87	.003	46.4	53.6	2.94	.050	49.3	50.7	.09	.406	47.2	52.8	.76	.209	49.6	50.4	.48	.266	
Erkek	36.2	63.8			53.4	46.6			52.1	47.9			59.3	51.7			50.1	49.9			48.3	52.7			
Sınıf																									
9	35,6	49,0			43,8	37,3			43,2	36,7			42,0	39,6			40,6	40,5			40,7	40,4%			
10	10,4	13,3	31,29	.000	9,9	13,1	5,35	.148	10,4	13,0	5,60	.132	13,2	10,3	3,49	.322	11,0	11,9	.19	.978	10,6	12,8%	2,56	.464	
11	24,4	22,9			23,7	24,0			24,1	23,4			21,6	25,3			23,8	23,8			23,1	24,9%			
12	29,6	14,8			22,6	25,7			22,3	26,9			23,2	24,8			24,5	23,8			25,6	21,9%			
Aile Tipi																									
Çekirdek	75,1	78,6			76,3	76,5			75,9	77,1			74,9	77,4			73,5	79,1			75,8	77,3			
Geniş	16,4	14,8	1,62	.444	15,6	15,9	.60	.970	15,3	16,5	1,94	.379	16,2	15,5	1,12	.570	16,1	15,4	8,30	.016	15,1	16,8	3,55	.169	
Diğer***	8,5	6,7			8,0	7,6			8,8	6,4			8,9	7,1			10,4	5,4			9,1	5,9			
Gelir Durumu Algısı																									
Gelir gidenen az	36,8	22,6			32,3	30,7			33,3	29,0			32,3	31,0			36,2	27,1			34,2	27,5			
Gelir gidere eşit	49,4	64,9	23,65	.000	52,9	57,5	2,72	.256	52,3	59,3	4,49	.106	52,8	56,7	1,79	.407	50,6	59,5	9,44	.009	51,1	61,2	9,38	.009	
Gelir gidenen fazla	13,8	12,5			14,8	11,8			14,4	11,7			14,8	12,3			13,2	13,4			14,7	11,2			

\* Ölçek kesim noktasının altı

\*\* Ölçek kesim noktasının üstü

\*\*\* Parçalanmış veya anne/baba kaybı yaşamış aile

X<sup>2</sup> Pearson Chi Square testi

**Tablo III. Öğrencilerin bazı özelliklerine göre ASGÖ toplam ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ile karşılaştırılması-II**

	Beslenme ve Egzersiz				Kişilerarası Destek				Sağlık Sorumluluğu				Kendini Gerçekleştirme				Stres Yönetimi				ASGÖ Toplam			
	D*	Y**	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p	D	Y	X <sup>2</sup>	p
Anne Eğitim Ortaöğretim ve altı	87,7	12,3	3,30	.044	86,7	13,3	.21	.354	86,2	13,8	.00	.537	85,7	14,3	.10	.410	85,7	14,3	.19	.366	86,6	13,4	.18	.367
Lise ve üzeri	83,5	16,5			85,6	14,4			86,2	13,8			86,5	13,5			86,6	13,4			85,6	14,4		
Baba Eğitim Ortaöğretim ve altı	73,1	26,9	5,97	.000	72,1	27,9	1,51	.123	70,9	29,1	.22	.343	69,3	30,7	.29	.317	70,0	30,0	.03	.451	72,6	27,4	3,52	.036
Lise ve üzeri	65,5	34,5			68,4	31,6			69,4	30,6			70,9	29,1			70,6	29,4			66,8	33,2		
Fast-food Tüketimi																								
Tüketmiyor	8,5	14,2			9,5	11,8			8,6	13,6			9,2	11,6			9,5	11,7			7,7	15,0		
En az haftada bir kez	68,1	64,6	7,46	.240	70,2	63,4	4,85	.088	69,4	63,0	6,71	.035	68,5	65,8	1,48	.477	67,8	66,0	1,18	.552	69,7	62,6	12,84	.002
2-3 ayda bir	23,3	21,2			20,3	24,8			21,9	23,4			22,4	22,6			22,7	22,3			22,6	22,5		
Spor yapma durumu																								
Evet	9,7	90,3	32,65	.000	15,9	84,1	.83	.205	13,5	86,5	1,89	.100	13,7	86,3	.54	.260	13,0	87,0	2,22	.081	12,2	87,8	7,57	.004
Hayır	23,5	76,5			13,7	86,3			16,8	83,2			15,5	84,5			16,5	83,5			18,7	81,3		

\* Ölçek kesim noktasının altı

\*\* Ölçek kesim noktasının üstü

\*\*\* Parçalanmış veya anne/baba kaybı yaşamış aile

X<sup>2</sup> Pearson Chi Square testi



## Tartışma

Adölesanların sağlıklarını geliştirebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi, düzenli olarak egzersiz yapması, bireysel sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, dönemin gelişimsel özelliklerinden kaynaklanan kimlik bulma sürecinde kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek sistemlerini aktive ederek psikososyal açıdan olgunlaşması ve bu sürecin tamamında stresleriyle etkili baş etmesi gerekmektedir. Bu davranışlar bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, gelir durumu gibi sosyal, kültürel ve çevresel özellikler ile yakından ilişkilidir. Birçok çalışmada sosyo-demografik özelliklerin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi kanıtlanmıştır (10,21). Adölesanın bu konularla ilgili gösterdiği olumlu davranışlar, sağlığı geliştirme davranış düzeyini yükseltmektedir. Bu davranışları ölçmede kullanılan ASGÖ; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği ile benzer olup, adölesanlar için özelleştirilmiştir (22).

Bu çalışmada, katılımcılar en yüksek puanı ASGÖ kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden almıştır. Kendini gerçekleştirme; bireyin gücünü, zayıf yönlerini anlaması ve onları kabul etmesi, yaşamın bir amacı olduğuna inanması, kendine değer vermesi ve sevmesi gibi bireyi sağlığını geliştirmeye motive eden faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgulara paralel olarak, Geçkil ve Yıldız ile Ünal ve ark. yaptıkları çalışmalarda adölesanların en yüksek puanı SYBD ölçeğinin kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden aldıklarını belirtmişlerdir (3,12). Bu bulgular ışığında, ülkemizdeki adölesanların kendini gerçekleştirme bakımından, diğer sağlığı geliştirme davranışlarına göre daha iyi durumda olmakla birlikte daha da yükseltilebileceği değerlendirilmektedir.

Cinsiyet, sağlığı geliştirme davranışları üzerinde çeşitli kültürel özellikler ve toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle olumlu/olumsuz etkiye sahiptir. Bu çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden daha çok erkek öğrencilerin yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde kız adölesanların, erkeklerle göre egzersiz alt ölçeğinden daha az puan aldıkları rapor edilmektedir (1,3,12,23). Özellikle adölesan dönemde birlikte, toplumsal cinsiyet rollerinin bir yansıması olarak, kızlar daha fazla evde vakit geçirmektedir. Ayrıca spor tesislerinin kısıtlı olması, toplumda çeşitli spor aktiviteleri ile ilgili yaygın ve yanlış inanışların olması, kızların erkeklerle göre spor aktivitelerine daha az katılmalarında etkili olmaktadır. Bu durum da, kız adölesanları medyadan etkilenmeleri ile zayıf olma gerekliliği nedeniyle egzersiz yapamamanın yerini çeşitli diyetlerle yetersiz ve dengesiz beslenme ile tamamlamaya sürüklemektedir. Bu bağlamda, kız adölesanların egzersiz yapamama açısından yüksek riskli oldukları ve sağlığı geliştirme programlarında egzersiz ile ilgili aktivitelerin kız adölesanlara olanak sağlayacak şekilde planlanmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir (1,3,23).

Yaş arttıkça sağlık sorumluluğuna verilen önemin azalması riskli davranışların artmasını beraberinde getirmektedir (24). İlhan ve ark., ile Geckil ve Dünder'in yaptığı çalışmada, bireylerin yaşı arttıkça riskli davranış düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (6,25). Literatüre benzer şekilde, bu çalışmada da beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden ( $t=31.29$ ;  $p=0.00$ ) yüksek puan ortalamasına sahip olma bakımından 9. sınıfların yüzdesi (%49.0) üst sınıflara göre daha fazla saptanmıştır. Ortabağ ve ark.nın yaptığı çalışmada lise öğrencilerinin ilköğretim öğrencilerine göre sağlığı geliştirme davranış puanları bu çalışmadakine benzer şekilde daha düşük olarak saptanmıştır. Benzer şekilde bu çalışmada da ölçek toplamından ve alt ölçe-

ğinden daha çok 9. sınıfların yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum ülkemizde üniversiteye hazırlık nedeniyle ders çalışma ve okul dışı zamanlarda dershaneye devam ediyor olmalarına da bağlanabilir (18). Sınıf düzeyinin yükselmesi ile sınav stresinin artması ve kendini sosyal çevreden soyutlayıp sınav hazırlığına yönelme de bu varsayımı desteklemektedir.

Literatürde aile yapısının; çocuklara ayrılan zaman, çocuğun beslenmesi, adölesan dönemde yaşadığı değişikliklere adaptasyon ve stres yönetimi üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (4,26). Bu çalışmada, daha çok çekirdek aileye sahip adölesanların ölçek toplam ve alt ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Buna göre çekirdek aile tipinde yaşayanlara göre, parçalanmış aile tipinde yaşayanların stres yönetimi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde, Dağdevire ve ark.nın yaptığı çalışmada da parçalanmış aileye sahip adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük olduğu rapor edilmiştir (10). Chen ve ark.nın yaptığı çalışmada da kız adölesanların sağlığı geliştirme davranışları ile aile yapıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (27). Bu durum aile yapısı ile ilgili çocuklara ayrılan zaman ve paylaşımlar, ailenin ekonomik, sosyal ve diğer sorunlarının olması gibi nedenlerle diğer çalışmalarda da sıkça vurgulanan beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Sağlıkla ilgili davranışlar söz konusu olduğunda, sosyal ve ekonomik faktörlerin beslenme, egzersiz, kişiler arası destek, sağlık sorumluluğu gibi sağlığı geliştirme davranışları üzerine önemli derecede etkisi olduğu bir gerçektir. Bu çalışmada ailenin gelir durumunu yüksek algılayan katılımcıların ASGÖ ve beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden diğerlerine göre yüksek puan ortalamasına sahip olma açısından daha az oldukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak literatürde ekonomik durumu yüksek olan kişilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları düşük gelirliyle göre daha yüksek olarak saptanmıştır (23,25,27). Bu durum çalışma sonuçlarında da belirtildiği gibi; ekonomik seviyenin düşük olması, mutfak harcamalarını, öğün çeşitliliğini kısıtlamasına rağmen, yüksek olması da sigara, alkol ve madde alım kolaylığını sağlaması nedeniyle zararlı alışkanlıkların artmasına neden olabileceğine yorumlanmaktadır (28).

Anne ve babaların eğitim düzeyinin yükselmesi ebeveynlerin sağlık bilgisine ulaşması ve anlamasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Doğru ve güvenilir sağlık bilgisi, bireyleri sağlıklı yaşam biçimine motive ederken, sağlığı tehdit eden davranışlardan uzak tutabilmektedir. Öğrendiği doğru bilgileri sağlık davranışına dönüştürebilen ebeveynler, özellikle kendi çocukları için doğru birer rol model olurlar (29). Bu çalışmada öğrencilerin ASGÖ toplamından aldıkları yüksek puan ortalamaları ile babalarının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Türk toplumunun ataerkil yapısı ve kültürel özelliğine bağlı olarak, çocuklar tarafından baba figürü, evin reisi olarak algılanmakta, aldığı kararlar uygulanmakta ve rol model olarak davranış kazanmada etkili olmaktadır (30).

Bu çalışmada öğrencilerin ASGÖ toplamından aldıkları yüksek puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmaya paralel olarak, Ortabağ ve ark.nın yaptığı çalışmada da anne eğitim durumu ile sağlığı geliştirme davranışları arasında bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (18). Karadeniz ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

anne ve baba eğitim durumuna göre farklı olmadığı belirtilmiştir (21). Chen ve ark.nın yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi yüksek olan adölesanların ASGÖ puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır (31). Koçoğlu ve Akın yetişkin bir toplum örneğinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kendi eğitim durumlarından etkilendiğini ortaya koymuşlardır (23). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile literatürde verilen örnekler arasındaki farkların, çalışmaların yapıldığı toplum gruplarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak katılımcıların çoğunluğunun anne ve baba eğitim düzeyinin ilköğretim altında olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Beslenme, insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak kaliteli bir yaşam sürmesi için elzem olan besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarda alıp vücut gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Özellikle adölesan dönemde biyolojik açıdan, büyüme ve gelişmenin sağlıklı olarak gerçekleşmesi, bilişsel kapasitenin artması, okul başarısının yükselmesi ve hastalıklara karşı direnç kazanılmasında yeterli ve dengeli beslenme önemli bir role sahiptir. Yeterli ve dengeli beslenmenin önem kazandığı adölesan dönemde, sıklıkla görülen fast-food alışkanlığı, sağlığı tehdit eden önemli bir beslenme sorunudur (13,32,33). Bu çalışmada, adölesanların %89.4'ünün fast food tüketim alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, adölesanların fast-food tüketme alışkanlığı ile ASGÖ toplamından ve sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden yüksek puan ortalaması alma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuşur bulunmuştur (p<0.05). 2-3 ayda bir fast-food tüketen adölesanların ölçek toplam puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır. Demirezen ve Coşansu'nun yaptığı çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak adölesanların tamamına yakınının fast-food tarzı beslenme, öğün atlama gibi riskli beslenme davranışları olduğu belirtilmiştir (13). Küresel olarak yayılan fast-food tarzında beslenme biçiminin, ülkemizde de yaygınlaşarak toplum beslenmesini önemli ölçüde etkileyen başta obezite olmak üzere birçok sağlık sorununa neden olduğu değerlendirilmektedir. Ülkemiz nüfusunda üç kişiden birinin adölesan olduğu düşünülürse, yetersiz dengesiz bu beslenme tarzının alışkanlık haline gelmesi ile şimdi ve gelecekte ciddi bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya olduğumuz ve acil müdahale edilmesi gerektirdiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada spor yapan katılımcıların %90.3'ü beslenme ve egzersiz alt ölçeğinden, %87.8'i ölçek toplamından spor yapmayanlara yüksek puan ortalamasına sahip olarak saptanmıştır ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu durumda, adölesan dönemde okul müfredatındaki beden eğitimi dersi dışında da spor yapanların bunu genellikle profesyonel olarak sürdürdükleri ve yaptıkları sporu genellikle sağlık sorumluluğu bilincinde yeterli ve dengeli beslenme ile destekledikleri için sağlığı geliştirme davranışlarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, adölesan dönemi; fiziksel, ruhsal sosyal yünden hızlı gelişim ve çalkantıların yaşandığı bir dönem olmakla birlikte, aynı zamanda kişiliğin geliştiği ve olumlu davranışların alışkanlığa dönüştüğü bir fırsat dönemidir. Ancak bu dönemde ailelerin; özellikle gelecek kaygısı nedeniyle çocuklarından akademik başarı beklentisi fazla olmakta, bu başarıyı sağlayacak ortamlar yaratmak adına onları daha sedanter/hareketsiz bir yaşama sürükleyen kurslara yönlendirmekte, çocuklarının sınava hazırlanma dışındaki tüm sorumluluklarını üstlenmektedirler. Böylece adölesan, sağlığı geliştirme davranışlarını sınav sonrasına ertelemektedir. Sağlıksız beslenme alışkanlık-

larının adölesan dönemde artış göstermesi, erken dönemden başlayarak çocuk ve gençlerde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasına yönelik hem bireysel hem de toplumsal koruyucu girişimlerin önemine işaret etmektedir.

Adölesanların sosyo-demografik özellikleri ile ASGÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada, sınıf düzeyi, gelir durumu algısı, baba eğitimi, fast-food tüketimi ve spor yapma durumları ile ASGÖ ve alt ölçek boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Adölesanlar, ASGÖ alt ölçek boyutlarından en yüksek puanı kendini gerçekleştirme, en düşük puanı ise stres yönetimi alt boyutundan almışlardır. Bu durum adölesan döneminin gelişim özellikleri, eğitim, gelecek kaygıları ve cinsiyet rolleriyle ilişkilendirilmiştir.

Adölesanların sosyo-demografik özellikleri dikkate alınarak, adölesanlara ve ailelerine sağlığı geliştirme davranışları konusunda okul sağlığı hemşireleri eğitim programları düzenlenmelidir. Bu eğitimler özellikle sağlıklı beslenme, fast-food yeme sıklığının azaltılması, egzersizin önemi, stresle baş etme konularını ele alacak şekilde olmalıdır. Okul hemşireleri; beden kitle indeksleri yüksek, kronik hastalığı, olan adölesanları tespit ederek gerekli rehberlik ve danışmanlık hizmetleri vermelidir.

Okul kantinlerinde sağlıklı beslenme ilkelerine uygun yiyecek içecek satışlarının desteklenmesi, yemekhane olanaklarının geliştirilmesi konusunda aile, okul yönetimi ve okul sağlığı çalışanlarının işbirliği halinde çalışması önemli olacaktır.

## Kaynaklar

1. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing* 2003; 20: 104-110.
2. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. In: Güler Ç, Akın L (eds). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Genişletilmiş 2. Baskı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2012; 1676-1749.
3. Geçkil E, Yıldız S. Adolescent health behaviors and problems. *Journal of Hacettepe University School of Nursing* 2006; 13: 26-34.
4. Pekcan H. Adölesan (Delikanlı) Sağlığı. In: Güler Ç, Akın L (eds). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Genişletilmiş 2. Baskı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2012; 486-537.
5. Tezcan S, Yiğit EK, Tunçkanat FH. Çocuk Sağlığı. In: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (eds). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. 1. Baskı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2009; 159-165.
6. Geçkil E, Dündar Ö. Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality* 2011; 39: 219-228.
7. World Health Organization-Data, statistics and epidemiology. *Maternal, newborn, child and adolescent health, 10 facts on adolescent health*. Erişim Tarihi:05.08.2013 [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/)
8. Kim YH. Adolescent's health behaviours and its associations with psychological variables. *Center Europe Journal Public Health* 2011; 19: 205-209.
9. Aras S, Günay T, Özcan S, Orçin E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları, *Anatolian Journal of*

- Psychiatry 2007; 8: 186-189.
10. Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12: 135-142.
  11. Nelson MC, Larsen PG. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. Official Journal of The American Academy of Pediatrics 2006; 117: 1281-1290.
  12. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14: 101-109.
  13. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14: 174-178.
  14. Brindis CD, Hair EC, Cochran S, Cleveland K, Valderrama LT, Park MJ. Increasing access to program information: a strategy for improving adolescent health. Maternal Child Health Journal 2007; 11: 27-35.
  15. Zang JJ, Li NX, Liu CJ. Associations between poor health and school-related behavior problems at the child and family levels: a cross-sectional study of migrant children and adolescents in southwest urban China. Journal of school health 2010; 80: 296-303.
  16. Ergül S, Temel AB. The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. international nursing review 2009; 56: 102-108.
  17. Walker Z, Townsend J, Oakley L ve ark. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. British Medical Journal 2002; 325: 524-527.
  18. Ortabağ T, Özdemir S, Bakır B, Tosun N. Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. The Journal of School Nursing 2011; 27: 304-315.
  19. Bleakly A, Ellis J. A role for public health research in shaping adolescent health policy. American Journal of Public Health 2003; 93: 1801-1802.
  20. Temel AB, İz FB, Yıldız S, Yetim D. The reliability and validity of adolescent health promotion scale in Turkish community. Journal of Current Pediatrics 2011; 9: 14-22.
  21. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7: 497-502.
  22. Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 1999; 2: 87-96.
  23. Koçoğlu D, Akın B. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2006; 27-39.
  24. Booth ML, Bernard D, Quine S ve ark. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. Journal of Adolescent Health 2004; 34: 97-103.
  25. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3: 34-44.
  26. Kelsey KS, Campbell MK, Vanata DF. Parent and adolescent girls' preferences for parental involvement in adolescent health promotion programs. Journal of the American Dietetic Association 1998; 98: 906-907.
  27. Chen MY, Shiao YC, Gau YM. Comparison of Adolescent Health-Related Behavior in Different Family Structures. Journal of Nursing Research 2007; 15: 1-10.
  28. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviours in adolescence: A review of literature. Journal Behaviour Medical 2007; 30: 263-285.
  29. Yüksel H. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına etki eden sosyal faktörler. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012; 34: 137-150.
  30. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(10): 165-181.
  31. Chen MY, Kathy J, Hsu LL, Chang SW, Huang LH, Wang EK. Health-related behavior and adolescent mothers. Public Health Nursing 2005; 22: 280-288.
  32. Story M, Sztainer DN, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. Journal of the American Dietetic Association. 2002; 102: 40-51.
  33. İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ulusal gıda ve beslenme stratejisi çalışma grubu raporu (Ulusal gıda ve beslenme eylem planı 1. Aşama çalışması eki ile). Erişim Tarihi: 22.08.2013, <http://ekutup.dpt.gov.tr/gida/ugbs/beslenme.pdf>